



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

ការរាយតម្លៃកំពួន ICF/MR នៃសកម្មភាពទៅលម្អិតការថែទាំបច្ចុប្បន្ន

CHILD'S ASSESSMENT OF ICF/MR LEVEL OF CARE CURRENT SUPPORT NEEDS

(សំវាប់គ្រឿងចាប់ពីកំណើតរហូតដល់អាយុ 12 ឆ្នាំ)

ឈ្មោះ	លេខ DDD	ទៀត្រនៃការរាយតម្លៃដូចមិនបានពិនិត្យបានឡើងវិញ
-------	---------	---

- គ្រឿងចាប់ពីកំណើតរហូតដល់អាយុប្រាំ (5) ឆ្នាំត្រូវតែមួយ (5) នៃចំណួន (9) ប្រការនៅខាងក្រោមបន្ទាត់ខំណ្ឌូដែលបានកំណត់ដោយ **
- គ្រឿងអាយុប្រាំមួយ (6) ឆ្នាំបច្ចុប្បន្នដល់អាយុប្រាំពីរ (12) ឆ្នាំត្រូវតែមួយ (7) នៃចំណួន (9) ប្រការនៅខាងក្រោមបន្ទាត់ខំណ្ឌូដែលបានកំណត់ដោយ **

* 1. តើការខែត្តុមិនដែលក្រើងការរាយដើម្បីស្ថិកការកំណត់ដែលបានអាយុប្រកបត្រូវ?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
ក្រើងការការរាយខែត្តុពេញទំហំ គ្រឿងរបៀបជាការរាយដាក់ទ្វាគំ ទាំងស្រុង ការរាយប្រើកិច្ចប្រើប្រាស់ សំអិត និង/ប្រើដឹងព្យាបាលដូយ សំវាប់ការស្ថិកការកំណត់ដែលបាន សំអិតសំរាប់ខ្លួនឯង ។	ក្រើងការការរាយខែត្តុលួម្រាមា គ្រឿងរបៀបជាការរាយដាក់ទ្វាគំ ទាំងស្រុង និង/ប្រើដឹងព្យាបាលប្រើ សំអិត និង/ប្រើដឹងព្យាបាលដូយ សំរាប់ខ្លួនឯង ។	ក្រើងការការរាយខែត្តុលួម្រាមា ដើម្បីស្ថិកការកំណត់ដែលបាន ទៅក្នុងប្រព័ន្ធដែលបានបង្កើត ទៅក្នុងប្រព័ន្ធដែលបានបង្កើត និងសំរាប់ខ្លួនឯង ។	ទោត្រីមិនកិត្តរាយ (ការមាន ការរាយខែត្តុដាក់ទ្វាគំ) គ្រឿង ការទោត្រីស្ថិកការកំណត់ និងសំអិត សំរាប់ខ្លួនឯង ។

* 2. តើការខែត្តុមិនដែលក្រើងការរាយក្នុងការប្រើប្រាស់ទេនិងធានមួយដែលបានអាយុប្រកបត្រូវ?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
ក្រើងការការរាយខែត្តុពេញទំហំ គ្រឿងរបៀបជាការរាយដាក់ទ្វាគំ ការរាយប្រើកិច្ចប្រើប្រាស់ដើម្បី អនុវត្តន៍ និង/ប្រើដឹងព្យាបាល ដូយដើម្បីប្រើប្រាស់ខ្លួនឯង ។	ក្រើងការការរាយខែត្តុលួម្រាមាក្នុង របៀបជាការរាយដាក់ទ្វាគំ ការរាយប្រើកិច្ចប្រើប្រាស់ដើម្បី និង/ ប្រើដឹងព្យាបាលដូយ ។	ក្រើងការរាយខែត្តុលួម្រាមា ដើម្បីស្ថិកទេនិងធានមួយ ការរាយប្រើកិច្ចប្រើប្រាស់ដាក់ទ្វាគំ ទោត្រីស្ថិកការកំណត់ និងសំអិត សំរាប់ខ្លួនឯង ។	អាចប្រើប្រាស់ទេនិងធាន ការរាយខែត្តុដាក់ទ្វាគំ ទោត្រីស្ថិកការកំណត់ និងសំអិត សំរាប់ខ្លួនឯង ។	ទោត្រីមិនកិត្តរាយទេ ។

* 3. តើការខែត្តុមិនដែលក្រើងការរាយដើម្បីការប្រាប់ប្រើប្រាស់តាមកិត្តរាយ?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
ក្រើងការការរាយខែត្តុពេញទំហំ គ្រឿងរបៀបជាការរាយដាក់ទ្វាគំ ការរាយប្រើកិច្ចប្រើប្រាស់ដើម្បី ប្រើដឹងព្យាបាលដូយ ។	ក្រើងការការរាយខែត្តុលួម្រាមាក្នុង របៀបជាការរាយដាក់ទ្វាគំ ការរាយប្រើកិច្ចប្រើប្រាស់ដើម្បី និង/ ប្រើដឹងព្យាបាលដូយ ។	ក្រើងការរាយដាក់ទេនិងមាន និង ការប្រាប់ប្រើប្រាស់ទេនិងមាន មួយដែលបានបង្កើត ។	ទោត្រីមិនកិត្តរាយ (ប្រើប្រាស់ មានការរាយខែត្តុដាក់ទ្វាគំ) ក្នុងការប្រាប់ប្រើប្រាស់ ។

* 7. តើការខ្លួនអ្នកដែលក្រោរការរួមមិនមែនចិត្តសំបេចចិត្ត និងទទួលខុសត្រូវ?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
ក្រោរការការរួមខ្លួនអ្នក ទាំងអ្នករបស់ជាការរួម ពាល់សេស និង/ឬបង្កើតរោសទៅឡើ និងពីក្រោសារ/ត្រួយព្រមដើម្បី បង្កើតលទ្ធភាព សំរាប់ផ្ទៀការ និងស និងទទួលខុសត្រូវ ។	ក្រោរការការរួមខ្លួនអ្នក របស់ជាការពីក្រោសារ/ត្រួយព្រម ដើម្បីបង្កើត និងព្យាយាយនៃលទ្ធផល ការរួមជាតិក្នុងការរួម និងទទួលខុសត្រូវ ។	ក្រោរការការរួមខ្លួនអ្នក របស់ជាការពីក្រោសារ/ត្រួយព្រម ដើម្បីបង្កើត និងព្យាយាយនៃលទ្ធផល ការរួមជាតិក្នុងការរួម និងទទួលខុសត្រូវ ។	មិនក្រោរការរួមខ្លួនអ្នកទេ ។ ក្រោមបច្ចុប្បន្នការរួមជាតិ ជាប្រព័ន្ធដែលមានការរួមជាតិ និងទទួលខុសត្រូវ (សកម្មភាព ចំណុះរាយ បាន ដោដឹង ។លើ) ហើយ ទទួលខុសត្រូវសំរាប់ (ការដារ ឱ្យជួយដាក់ដើម្បី) ។	ក្រោដិចចាន់ដំស្បួចទិន្នន័យ ការរួមជាតិសំរាប់ ។

* 8. តើការខ្លួនអ្នកដែលក្រោរការរួមមិនមែនជាបិយាកាស?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
ក្រោរការការរួមខ្លួនអ្នករបស់ជាបង្ហាញនៃការរួមជាតិ ជាបង្ហាញនៃការរួមជាតិក្នុងក្រុងពីក្រោសារ/ត្រួយព្រមដើម្បី បង្កើតលទ្ធភាព សំរាប់ផ្ទៀការ និងស និងទទួលខុសត្រូវ ។	ក្រោរការការរួមខ្លួនអ្នក របស់ជាការពីក្រោសារ/ដំឡើងជាបង្ហាញ កំណើនទៅឡើ និងពីក្រោសារ/ត្រួយព្រមដើម្បី បង្កើតលទ្ធភាព សំរាប់ផ្ទៀការ និងស និងទទួលខុសត្រូវ ។	ក្រោរការការរួមខ្លួនអ្នក របស់ជាការពីក្រោសារ/ដំឡើងជាបង្ហាញ កំណើនទៅឡើ និងពីក្រោសារ/ត្រួយព្រមដើម្បី បង្កើតលទ្ធភាព សំរាប់ផ្ទៀការ និងស និងទទួលខុសត្រូវ ។	មិនក្រោរការរួមខ្លួនអ្នកទេ និង/ឬការយុទ្ធសាស្ត្រកំរើត ។ ក្រោមក្រុងក្រុងបច្ចុប្បន្នការ ដែលក្រោដិចចាន់ដំស្បួចទិន្នន័យ ការរួមជាតិក្នុងក្រុងពីក្រោសារ/ត្រួយព្រមដើម្បី បង្កើតលទ្ធភាព សំរាប់ផ្ទៀការ និងស និងទទួលខុសត្រូវ ។

* 9. តើការខ្លួនអ្នកដែលចាំបាច់ជាអតិថតដើម្បីរៀបចំសំគាល់ពីក្រោរការរួមជាតិពីពីរភេទភាពការត្រូវ?

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E
ក្នុងត្រូវរៀបចំអតិថតដើម្បី ពេញ/សុខភាព បុរិយាយលក្ខណៈពិនិត្យ ដោយអ្នកឯកទេសយ៉ាងហេរា ណាការសំរាប់ខ្លួន ។	ក្នុងត្រូវការរួមជាតិក្នុងក្រុងពីក្រោសារ/ត្រួយព្រមដើម្បី បង្កើតលទ្ធភាព សំរាប់ផ្ទៀការ និងស និងទទួលខុសត្រូវ ។	ក្នុងត្រូវការការរួមខ្លួនអ្នក របស់ជាការពីក្រោសារ/ដំឡើងជាបង្ហាញ កំណើនទៅឡើ និងពីក្រោសារ/ត្រួយព្រមដើម្បី បង្កើតលទ្ធភាព សំរាប់ផ្ទៀការ និងស និងទទួលខុសត្រូវ ។	ត្រូវការរួមជាតិដែលជាបិយាកាស និង/ឬមែនត្រួយព្រមដើម្បី ការរួមជាតិក្នុងក្រុងពីក្រោសារ/ត្រួយព្រមដើម្បី បង្កើតលទ្ធភាព សំរាប់ផ្ទៀការ និងស និងទទួលខុសត្រូវ ។	មិនក្រោរការការរួមខ្លួនអ្នកជាបិយាកាស ពាល់សេសចាំបាច់ទេ ។ វិធានពីរភេទ ក្នុង និងសេសចាំបាច់ត្រូវការរួមជាតិសុខ ភាពកិច្ចបានរាយ:ប្រព័ន្ធសុខភាព សហគមន៍ ។

* 10. ເຕີເສີວ່າຂບຜູມພວກຂະໜາດລົງທຶນຄົກລົງຜົນຍິນຢັງໃຫຍ້ສາງຮຽນໂຮງແຜບຄາມເສີນຕົກໂຄງກາຮັບສ່ວນເກີດ?

11. เด็ก้ารบด้วยมืออะไร? ให้เด็กนุ่นๆ ก้าวเดินอยู่บนกระเบื้องห้องน้ำที่ต้องใช้ความต้องการของเด็ก้ารบด้วยมือที่มีอยู่แล้ว

12. เด็ก้าจะชูตัวที่ว่า “เพลงเก็บได้” ก้าวเดินไปนั่งที่โต๊ะนั่น ริบบิ่งเบบี้จะผุดผ่องเผารถที่เด็ก้าหันไปดู ก้าวเดินกลับไปนั่งที่โต๊ะเดิม

<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
ព្រៃសារក្បួរការការដ្ឋីយខបត្តុមុ ពេញទំហើង (ប្រែបលការដ្ឋីយ ដីនូសមិនមាល)ដើម្បីបង្កើតដំ ការដ្ឋីយខបត្តុមុជាគារកំណើង ទាំងស្រុងដើម្បីអាមេរិកប្រកត ធនធានចាប់ចុច ។	ព្រៃសារដីនូសមិនការដ្ឋីយខបត្តុមុ - ព្រៃសារក្បួរកំណើងដើម្បីបង្កើត សំវាយ់ក្នុងប្រឹប្រកតធនធានទាំង នេះក្នុងរបៀបព្រៃសារដីនូសមិន សម្រាប់ការបង្កើតដំបូង ។	ព្រៃសារដីនូសមិនការដ្ឋីយខបត្តុមុគឺចិត្តចិត្ត - ព្រៃសារអាមេរិកប្រកត ឬការ ឧបត្ថម្ភខ្លះការដ្ឋីយខបត្តុមុ ក្នុងព្រៃសារដីនូសមិនការដ្ឋីយខបត្តុមុ ។	ចិនព្រៃសារដីនូសមិនការដ្ឋីយខបត្តុមុទេ ទិន្នន័យបាយក្សោន្ទីតិច ។ ប្រើ ប្រកតធនធានទាំងនេះជាមួត ទៅហើយ ។

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE NEEDS ASSESSMENT

1. Who determines ICF/MR level of care eligibility for waiver services?

A CRM or Social Worker is qualified to determine ICF/MR level of care eligibility. One or the other of these persons must sign the referral form at the end of the form to certify that the individual requires ICF/MR level of care.

2. How often must the ICF/MR level of care assessment be completed?

This assessment must be completed within 90 days of the initial referral date and at the time of the annual reassessment.

3. Can providers complete the ICF/MR level of care Supports Needs Assessment form?

No. They can give input to the CRM as to what they feel the current level of need is for that person. However, it is the CRM's responsibility to do the assessment, using the appropriate support needs assessment based on the best information available to him or her.

4. How do I answer questions if none of the choices accurately describe the person?

You can only choose one of the answers provided. **Do not add new boxes or new answers.** If the question is "not applicable," mark the lowest score and write an explanation in comments.

5. What assessment items must be addressed on the Plan of Care (POC)?

All assessment answers that are in BOLD on the form, must be addressed in the POC.

6. What if the score is too low to indicate ICF/MR level of care?

CRM Responsibilities:

- A. A supervisor/designee review is required to ensure the accuracy of the Current Support Needs Assessment.
- B. If, after review, the score is too low, answer questions #1, #3, #11, #18 and #19 on form 15-168. These questions identify Health and Welfare needs that are not addressed in 15-170A. Answer only these questions. Responses must be based on what is expected of others of the same age. Give specific examples to substantiate the choice selected. If any of the above answers are a bolded item, the support needs counts as one point toward the required score on 15-170A.
 - Attach 15-168 to the Waiver Eligibility Determination Checklist (10-274) regardless of the score.
 - If the score is sufficient to substantiate ICF/MR level of care, forward 15-168, 15-170A, and 10-274 to your Waiver Coordinator/regional designee.
 - The Waiver Coordinator/designee will review the packet and present the case to the ICF/MR level of Care Committee.
- C. If the score is still less than required, request additional documentation that provides evidence of the need for waiver services.
 - WAC 388-845-0085(2) This additional information may include occupational therapy (OT), physical therapy (PT), psychological, nursing, social work, speech and hearing, or other professional evaluations that reflect current needs.
- D. Review documentation and clearly identify any evidence to support need for waiver services.
- E. Give your Waiver Coordinator/regional designee the 10-274 and attach all documentation from steps B, C, and D.:
 - Waiver Coordinator/designee will review packet and present case to the ICF/MR level of Care Committee.

ICF/MR Level of Care Committee Responsibilities:

- A. The committee will determine if the documentation supports ICF/MR level of care eligibility.
- B. If the documentation supports ICF/MR level of care eligibility:
 - The decision will be recorded on Question #1 of form 10-274.
 - The Waiver Program Manager/designee will sign and date on the dotted line next to the question.
 - All supporting documentation shall remain attached. The Waiver Eligibility Determination form will be returned to the CRM for completion..
- C. What if the ICF/MR Level of Care Committee makes a determination that this individual does not meet ICF/MR level of care criteria?
 - The decision will be recorded on Question #1 of form 10-274.
 - The Waiver Program Manager/designee will sign and date on the dotted line next to the question.
 - All supporting documentation shall be attached. The Waiver Eligibility Determination form will be returned to the CRM.

7. Does the client have a right to appeal a determination that they do not meet ICF/MR level of care?

The client has a right to appeal:

- If the individual is requesting initial enrollment on a waiver send form 15-283 "HCBS Waiver Enrollment Request Notice of Denial".
- If the individual is currently on a waiver, send 10-298 "Notification of Termination From DDD HCBS Waiver".

8. Can there be an exception to policy for people when neither their assessment score nor supporting documentation indicate ICF/MR level of care?

No. This is a waiver requirement there are no exceptions to CMS rules.